

CAP ÉQUIPIER POLYVALENT DU COMMERCE (EPC)

LE CANDIDAT (à remplir obligatoirement en MAJUSCULES)

NOM de naissance :

NOM marital :

Prénom :

Adresse complète :

Téléphone :

Établissement fréquenté :

RQTH : OUI NON

Si oui, aménagement(s) mis en place :

ÉPREUVES PRATIQUES ET ORALES PONCTUELLES

LE MAGASIN (à remplir obligatoirement en MAJUSCULES)

Dénomination du magasin :

NOM de l'employeur :

Adresse du magasin :

Code postal :

Ville :

Téléphone du magasin ou du responsable (fonction) :

Nature des articles vendus (vêtements, chaussures, etc.) :

Jours et heures d'ouverture du magasin :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lundi horaires : | <input type="checkbox"/> Vendredi horaires : |
| <input type="checkbox"/> Mardi horaires : | <input type="checkbox"/> Samedi horaires : |
| <input type="checkbox"/> Mercredi horaires : | <input type="checkbox"/> Dimanche horaires : |
| <input type="checkbox"/> Jeudi horaires : | |